

COMPLICATIONS

N° 2

DE

L'APPAREIL RESPIRATOIRE

DANS LES OREILLONS



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 Novembre 1894

PAR

Victor BORIES

Né à Nîmes (Gard) le 13 août 1860

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

PHARMACIEN

LAURÉAT DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

(Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences)

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie . . .	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Pathologie interne RAUZIER (Ch. du c.) . .	N...

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants. .	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	SARDA, agrégé.
Pathologie externe	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. GRASSET, <i>président</i> .	MM. BROUSSE, <i>agrégé</i> .
CARRIEU, <i>professeur</i> .	SARDA, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la Mémoire de ma Mère et de mon Père

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A la Mémoire de M. le Docteur GRANIER

V. BORIES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Docteur GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MEIS ET AMICIS

V. BORIES.

INTRODUCTION

Des travaux fort nombreux ont déjà été faits sur les oreillons, et une étude de cette maladie paraît être un sujet fort banal pour une thèse inaugurale. Cependant, les circonstances spéciales d'observation dans lesquelles nous nous sommes trouvé, les complications sinon nouvelles, du moins assez rares que nous avons notées, l'étude approfondie que nous avons pu en faire, nous ont fait croire qu'il pourrait être intéressant et utile de parfaire l'histoire clinique de ce chapitre, encore peu étudié, de l'affection qui nous occupe.

En effet, les complications de l'appareil respiratoire dans les oreillons, ont été peu observées jusqu'à ce jour. Les auteurs ont étudié successivement les orchites, les adénopathies, les paralysies, le rhumatisme, les cardiopathies, etc., de nature ourlienne ; on n'a fait qu'effleurer la question des manifestations thoraciques, et nous trouvons même dans le *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, à l'article Oreillons, cette phrase : « Les complications respiratoires sont si rares qu'on peut considérer la bronchite et la broncho-pneumonie signalées par les auteurs comme des affections indépendantes. »

Cette élimination nous avait paru un peu trop radicale, et une petite épidémie d'oreillons observée pendant les mois de juillet et août 1893, nous a permis de constater qu'il fallait au contraire, dans la fièvre ourlienne, compter avec les complications de l'appareil respiratoire, ne pas les considérer

comme quantité négligeable, mais les rechercher et les traiter avec une grande attention.

C'est ainsi que, sur 60 cas environ d'oreillons, nous n'avons pas noté moins de cinq fois des troubles du côté de l'appareil respiratoire (dont une broncho-pneumonie mortelle), et c'est ce qui nous a déterminé à étudier ces observations comme sujet de notre Thèse inaugurale.

Nous regrettons de ne pouvoir, à l'appui de notre travail, ajouter l'autopsie du cas mortel que nous avons observé, et de n'avoir pu aussi faire quelques recherches bactériologiques. Nous serons facilement excusé, lorsque nous aurons dit que notre observation a été prise, dans la clientèle civile, et que nous exerçons la médecine à la campagne, loin de tout laboratoire de microbiologie.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir découvert des faits nouveaux, et nous nous bornerons, dans ce court travail, à analyser nos observations personnelles, à en rapprocher toutes celles que nous avons pu retrouver sur les mêmes faits, et nous serons heureux si nous avons réussi à attirer l'attention des praticiens sur cette partie de l'histoire de la fièvre ourlienne, qui est restée jusqu'ici un peu trop dans l'ombre.

Avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis d'acquitter les nombreuses dettes de reconnaissance que nous avons contractées à l'Ecole et dans les Hôpitaux de Marseille. Que Messieurs les Professeurs Combalat et Laget reçoivent l'expression de notre profonde gratitude, car nous n'oublierons jamais que c'est sous leurs yeux, dans leurs services, sous leur savante direction, que nous avons commencé l'étude si aride, mais si attachante des cliniques hospitalières. Nous remercions également Messieurs les Professeurs Villard, Villeneuve, Fallot, Magail, Nepveu, Roux de Brignolles, Gabriel Roux, de l'amabilité dont ils n'ont cessé de faire preuve envers nous pendant tout le cours de nos études mé-

dicales. M. le Professeur-agrégé Boinet nous permettra de lui dire aussi combien nous avons été touché des marques de bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner, et de l'en remercier tout particulièrement.

Enfin M. le Professeur Grasset, pour l'amabilité avec laquelle il a accepté la présidence de notre thèse, Messieurs les Professeurs de la Faculté de Médecine, pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous montrer, ont droit à toute notre reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547928_0114

COMPLICATIONS
DE
L'APPAREIL RESPIRATOIRE
DANS LES OREILLONS

DÉFINITION. — HISTORIQUE

Nous serons très bref sur ce chapitre, n'ayant pas à faire l'histoire entière des oreillons, histoire faite d'ailleurs d'une façon très complète par des auteurs bien plus compétents que nous. Nous croyons cependant, avant d'aborder notre étude principale, devoir définir l'affection qui doit nous occuper, et en faire succinctement l'historique.

Les oreillons ont reçu plusieurs noms ; on les a appelés ourles, parotide épidémique, *cynanche parotidea*, *angina maxillaris*, etc., etc., et enfin Fièvre ourlienne, nom qui, à notre avis, est de beaucoup le plus en rapport avec les progrès de la médecine moderne.

On les avait tout d'abord confondus avec la parotidite ; mais cette dernière maladie, locale, secondaire, n'est pas une entité morbide, mais bien plutôt un symptôme, une complication, pouvant se rencontrer dans des états infectieux de nature bien

différente. Dès lors, elle ne doit avoir aucun lien commun avec les ourles, qu'à l'exemple de M. Comby (Oreillons: bibliothèque médicale, Charcot-Debove) nous définirons : « Une maladie infectieuse, spécifique, générale, se localisant sur les glandes salivaires (parotides, sous-maxillaires, sub-linguales), mais affectant toute l'économie, à la manière des fièvres éruptives dont elle partage la nature contagieuse et épidémique. »

Cette définition est parfaite, et répond entièrement aux exigences de la nosologie actuelle ; nous nous permettons cependant de faire remarquer que la spécificité des oreillons n'est pas encore bien démontrée.

La fièvre ourlienne a été connue de tout temps, et Hippocrate l'avait fort bien décrite. Cependant, quelques auteurs du XVIII^e siècle et du XIX^e siècle la confondaient avec la parotidite ; mais bientôt Trousseau, Rilliet, Grisolle, Laveran, etc., font revivre les idées du Père de la Médecine ; les oreillons ont une histoire fixe et deviennent une entité morbide bien définie. Des épidémies nombreuses sévissant tant sur les enfants que sur l'élément militaire permettent d'étudier à fond cette maladie, que, à cause de ses symptômes, son évolution, sa contagiosité indéniable, et aussi des complications de jour en jour plus nombreuses qu'elle présente, on arrive à classer, et avec juste raison, parmi les fièvres éruptives.

ETIOLOGIE, PATHOGÉNIE, BACTÉRIOLOGIE

L'étiologie a déjà été trop bien étudiée et mise en lumière avant nous, pour que nous nous y arrêtions longtemps. Moursou a dit que l'évolution de la dent de sagesse peut entraîner une stomatite avec propagation au canal de Sténon et à la parotide, et qu'on peut alors constater une inflammation de la parotide; mais cette maladie ne ressemblera en rien aux oreillons.

Parlerons-nous de l'action du froid? Nous dirons, avec Bouchut, qu'il peut produire à la rigueur un catarrhe du canal de Sténon; mais l'affection ainsi provoquée n'aura encore que de grossières analogies avec les ourles. Enfin, comment les auteurs de la théorie *a frigore* pourraient-ils expliquer ce fait rapporté par Laveran et observé par Homans (*American journal of med. sc.*, 1855, t. XXIX): « une femme enceinte avait les oreillons; au moment de son accouchement, l'enfant qu'elle mit au monde était également atteint d'oreillons. » N'insistons pas.

La pathogénie et surtout la bactériologie offrent beaucoup plus d'intérêt et nous arrêteront plus longuement.

Les auteurs ont longtemps cherché quelle place on devait réserver aux oreillons dans le cadre nosologique. Bouchut, se basant sur le même siège anatomique de la parotidite et des ourles, disait que ces deux affections résultent d'une rétention salivaire produite par l'inflammation obstructive du canal de Sténon.

Certains auteurs ont considéré les oreillons comme une fièvre rhumatismale attaquant tour à tour les parties du système des glandes conglomérées. Pour Béhier, ils ne constituent qu'une maladie locale « *a frigore* ». Nous avons déjà dit ce

que nous pensions de cette opinion, qui ne peut plus être admise.

Actuellement, on leur donne une origine infectieuse, microbienne, et on les assimile aux fièvres. C'est aussi notre opinion, et nous pensons qu'il faut répondre par l'affirmative à cette question que Joseph Protolongo, en 1752, adressait à Borsieri : « Croyez-vous qu'on puisse mettre cette maladie au rang des éruptives ? »

Enfin, Trousseau, Grisolles, Peter, M. Léon Colin, sont venus confirmer cette manière de voir, et ont démontré que les conditions étiologiques et pathogéniques des fièvres éruptives et celle des oreillons sont identiques.

La fièvre ourlienne doit donc être classée parmi les fièvres éruptives, parmi les maladies infectieuses, le fait est indiscutable aujourd'hui. Comme ces maladies, elle est aussi contagieuse, on ne peut plus le nier ; mais, la contagion dûment établie, il restait à rechercher l'agent du contag. Les microbiologistes les plus distingués se sont mis à l'œuvre, et ont essayé de résoudre le problème.

MM. Capitan et Charrin (Soc. de biologie, 1881), ayant examiné la salive et le sang de six malades atteints d'oreillons, avaient trouvé des micro-organismes de deux ordres : 1° des bâtonnets de 2 à 3 μ de longueur ; 2° des microcoques. Ces microbes étaient mobiles ; ils se multipliaient dans le bouillon de Liebig. Inoculation négative.

M. A. Ollivier (Revue des maladies de l'enfance, juillet 1885) décrit des microcoques isolés, ou réunis 2 à 2, ou bien formant chaînettes de 4 éléments, des zooglyphes d'une longueur d'environ 12 μ . Les bâtonnets rappellent ceux de Capitan et Charrin.

Viennent ensuite les travaux de M. E. Boinet (*Lyon Médical*, 1885), puis ceux de MM. Bouchard et Netter et de M. Bordas, (Soc. de biologie, 1889).

M. Bordas cultive le bacille des oreillons. Ce microbe se développe en huit heures, il est immobile à certaines phases de son développement, parfois renflé à ses deux extrémités et prenant la forme d'S ou de V, quand il se divise en articles.

Quand le milieu de culture est pauvre, le bacille donne seulement des spores.

Le bacille des oreillons résiste à l'air libre, il meurt à 60°; les spores résistent jusqu'à 90°. Le sublimé et l'acide borique empêchent son développement, et l'iodoforme n'a aucune action sur lui.

Le 28 janvier 1893, à la Société de Biologie, MM. Laveran et Catrin font une nouvelle communication.

Au Val-de-Grâce, ils ont pu étudier plusieurs cas d'oreillons, au point de vue bactériologique. Ils ont examiné le sang, l'exsudat des parotides, des orchites, etc.

L'examen histologique du sang n'a pas révélé l'existence de microbes; les exsudats ont donné d'assez nombreuses cultures.

Ils ont trouvé presque toujours des microcoques rarement associés par deux en diplocoques, quelquefois groupés en quatre ou par zoogléées.

Dans une seconde communication faite à la séance du 20 mai 1893, MM. Laveran et Catrin ajoutent à leurs précédentes études, les résultats de l'inoculation aux animaux; mais cette expérimentation n'a pas fourni de résultats bien positifs en faveur de l'action pathogène du diplocoque; il fallait d'ailleurs s'y attendre, car on ne connaît pas d'animaux susceptibles de contracter les oreillons.

Cependant, si le microbe de la fièvre ourlienne ne peut être encore exactement déterminé, son existence ne saurait être douteuse, et des résultats concluants viendront bientôt, nous l'espérons, couronner les efforts des savants que nous avons cités plus haut.

COMPLICATIONS

Depuis que l'analogie de la fièvre ourlienne avec les fièvres éruptives est démontrée et admise, les auteurs se sont attachés à décrire cette affection plus attentivement et à en rechercher les complications que l'on retrouve de jour en jour plus nombreuses.

C'est ainsi que, après l'orchite, qui, plus ou moins grave, était à peu près seule étudiée comme complication des oreillons, et encore comme simple métastase, on a décrit successivement la suppuration des glandes parotides, des adénopathies des régions pré-auriculaire, angulo-maxillaire, sous-maxillaire, etc., des accidents nerveux plus ou moins prononcés (convulsions, délire, paralysies, coma, etc.) ; on a noté des troubles du côté de l'appareil urinaire (albuminurie, néphrite ourlienne) [D^r Gagé, thèse 1892], du côté des organes des sens (surdité, troubles oculaires dacryo-adénite ourlienne). [D^r Dor, *Lyon Médical*, Marc Dufour de Lausanne, Léon Leriche, Paris, 1893.] — Enfin, on a parlé du rhumatisme ourlien [M. Catrin, Paris, 1893, Boinet, *Lyon Médical*, 1885], de la péricardite et de l'endocardite ourliennes.

Seul, l'appareil respiratoire a été peu étudié ; les traités de pathologie interne et de médecine infantile, les ouvrages spéciaux, les publications périodiques et la plupart des thèses des Facultés sont presque muets à ce sujet. Et cependant, si l'on admet l'analogie des oreillons avec les fièvres éruptives, on peut admettre l'analogie de leurs complications, et l'on ne peut nier que l'appareil respiratoire ne soit très fréquemment intéressé dans les fièvres éruptives et notamment dans la rougeole, la variole et même la scarlatine.

Si l'on admet la nature infectieuse de la fièvre ourlienne et la présence d'un agent pathogène spécial, il est admissible aussi que cet agent, microcoque, bâtonnet ou bacille, portera ses effets sur toutes les parties de l'organisme en état de *minoris resistentiæ*, et l'appareil respiratoire, autant, sinon plus que tout autre, lui offrira un milieu favorable de culture.

Nous aurions tort de dire cependant que les auteurs ont complètement laissé dans l'ombre l'étude des complications de l'appareil respiratoire dans les oreillons. Elles ont bien été vues, admises de tout temps, mais non observées, étudiées et recherchées avec assez de soins.

C'est ainsi que Hippocrate, dans la description de l'épidémie de Thasos, signale des toux sèches et de la raucité de la voix chez la plupart des malades ; dans l'épidémie de Châteauroux, 1833, des accidents inflammatoires des plèvres compliquèrent les oreillons (*Gazette des Hôpitaux*, 1833). Rilliet en 1850, Bouchut en 1853, signalent des bronchites ; Bougard, de Bruxelles, en 1866, rapporte un cas de mort par asphyxie (compression du larynx et de la trachée par des oreillons volumineux). Jacob (*Revue de Médecine militaire*, 1875), Pinet (thèse de Paris, 1878) citent aussi des cas d'œdème de la glotte et des accidents de suffocation. Enfin, Salaud, Gailhard, Cerenville, Delmas, Colin, Jourdan, décrivent, dans leurs travaux, des bronchites, des pneumonies, des pleurésies, etc., etc.

Nous reproduirons, parmi toutes ces observations, celles qui nous ont paru les plus intéressantes, en même temps que celles que nous avons notées nous-même pendant la petite épidémie que nous avons eu l'occasion d'observer en juillet et en août 1893, et que nous allons succinctement analyser.

RELATION

D'UNE PETITE ÉPIDÉMIE D'OREILLONS

OBSERVÉE EN JUILLET ET AOUT 1893

L'épidémie d'oreillons que nous avons eu à observer a été de courte durée. Elle a débuté en juillet et s'est terminée dans le commencement du mois de septembre 1893. Elle a sévi surtout sur les enfants et les adolescents.

Nous estimons le nombre des cas à une soixantaine environ, la majeure partie ayant été très bénins et les malades s'étant soignés eux-mêmes.

Deux communes, situées dans les Bouches-du-Rhône, sur les bords de la Durance, ont été surtout atteintes, dans un rayon de cinq à six kilomètres.

Nous n'avons rien remarqué de spécial dans la marche de la maladie ; les complications seules méritent de fixer notre attention.

Chez les adolescents et plutôt chez les adultes, nous avons noté quelques orchites bénignes.

Un rhumatisant avéré a eu, au cours des oreillons, une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Chez les enfants, sur lesquels l'épidémie a surtout sévi, l'affection s'est montrée en général courte et si peu grave, que la plupart n'ont gardé ni le lit ni la chambre.

Les cas que nous avons jugé les plus intéressants sont ceux qui ont présenté des complications pulmonaires et dont nous rapportons les observations.

Deux choses nous ont frappé dans cette petite épidémie, deux circonstances qui doivent nous arrêter un peu.

Tout d'abord l'époque à laquelle la maladie a fait son apparition, en juillet et août, c'est-à-dire en plein été. Voilà, pensons-nous, une circonstance bien faite pour renverser entièrement la théorie *a frigore* dans l'étude de l'étiologie des oreillons.

La seconde chose digne de remarque, c'est que, pendant la durée de la maladie, nous n'avons eu à constater aucune autre fièvre éruptive ayant évolué avant, pendant ou après, soit chez nos malades, soit chez d'autres enfants non atteints d'oreillons.

Nous ne voudrions certes pas déduire de ce fait que la rougeole, la variole ou la scarlatine ne puissent atteindre un même individu porteur déjà d'oreillons plus ou moins graves ; nous pensons, au contraire, la chose très possible, et maintes observations probantes ont été citées à ce sujet. Mais nous sommes bien aise de pouvoir faire cette constatation et d'en tirer la conclusion que les complications que nous avons observées du côté de l'appareil respiratoire étaient bien d'origine ourlienne.

OBSERVATIONS

DIVISION CLINIQUE

Au point de vue clinique, nous divisons nos observations, et celles que nous avons reproduites, en quatre groupes principaux.

Nous ne noterons que pour mémoire les troubles de la trachée et du larynx. Cependant, nous les classons aussi dans le cadre des complications de l'appareil respiratoire, mais sans leur reconnaître la même pathogénie. Nous pensons, en effet, que les cas observés jusqu'ici étaient dus pour la plupart, soit à une cause mécanique (compression), soit à une cause infectieuse particulière. La cause mécanique ne pourra être admise que lorsque l'analyse des urines aura démontré l'absence complète d'albumine, car on sait très-bien que la néphrite se rencontre au cours des oreillons, et que l'œdème accompagne presque toujours la néphrite. On pourrait admettre par conséquent que l'œdème de la glotte qu'on a parfois constaté, était dû à l'albuminurie.

Mais revenons à notre division clinique :

Le premier groupe de nos observations comprendra les congestions et accidents pulmonaires simples sans détermination nosologique bien déterminée.

Le second groupe sera réservé aux affections des bronches.

Dans le troisième groupe, nous décrirons deux cas d'inflammation des plèvres.

Enfin, le quatrième groupe, le plus important, renfermera un assez grand nombre d'observations de pneumonie et de broncho-pneumonie.

Pour nous, nous estimons comme suffisamment probantes les observations de congestion, bronchite, broncho-pneumonie et pneumonie, et nous leur reconnaitrons sans hésitation une origine ourlienne.

Nous serons plus réservé pour la pleurésie, qui ne nous paraît pas encore complètement démontrée. Les deux seules observations que nous ayons pu retrouver sont en effet encore insuffisantes pour décrire une pleurésie ourlienne.

PREMIER GROUPE

OREILLONS ET CONGESTION PULMONAIRE

Observation Première

(PERSONNELLE)

Oreillons. — Congestion pulmonaire. — Bronchite légère

Un petit garçon de 7 ans, le jeune J... A..., contracte les oreillons du 22 au 24 juillet ; la maladie débute par des symptômes rapidement inquiétants. Nous le trouvons en proie à un état fébrile prononcé à forme typhoïde, avec céphalalgie, et vomissements. Les parotides sont cependant modérément engorgées ; le côté droit est plus fortement atteint que le gauche ; la douleur n'est pas très vive, la mastication se fait assez bien, mais la déglutition est pénible ; le malade se plaint en même temps de douleurs localisées aux grandes articulations des membres inférieurs, et il porte souvent les mains aux parties sexuelles ; les testicules, examinés, ne présentent pas d'engorgement notable, mais l'examen est difficile et assez douloureux.

Le surlendemain, 26, la douleur est bien moins vive, et on constate de ce côté une réelle amélioration. L'auscultation ne révèle rien de saillant, il n'y a ni toux ni oppression ; température : 39°2, le pouls 120. Quelques jours se passent ainsi, l'engorgement fluxionnaire a disparu, on ne constate plus rien, ni du côté des testicules, ni du côté des articulations. Température : 38°1, le pouls : 88. Le malade semble entrer en convalescence, lorsque, le 30 au matin, il se plaint tout-à-coup d'une douleur vive intercostale postérieure, douleur fugace et disparaissant rapidement, avec absence de frissons. Appelé en toute hâte, l'auscultation nous donne les résultats suivants : submatité et râles crépitants fins à la partie postérieure du poumon droit, moins secs et moins fins cependant que les

râles de pneumonie ; l'état général ne s'était pas aggravé, mais la température était remontée à 39°4, le pouls à 110. Notre pronostic reste cependant bon, et en effet, le 3 août, le thermomètre était redescendu à 37°9, le pouls à 84, les crépitants fins avaient fait place à de gros râles muqueux, la toux était grasse, l'oppression insignifiante, l'expectoration assez abondante, et l'enfant guérissait très bien en peu de jours.

Observation II

(PERSONNELLE)

Oreillons. — Congestion pulmonaire.

M... L..., garçon de 8 ans, est atteint des oreillons du côté gauche, le 2 août ; pas ou peu de fièvre, céphalalgie, anorexie, état saburral de la langue, vomissements.

L'affection se montre bénigne ; au bout de quelques jours, le côté droit est pris, mais faiblement ; les symptômes du début n'ont pas persisté ; l'enfant ne garde pas le lit, mais nous lui faisons rigoureusement garder la chambre.

Le 6 août, la déglutition est un peu pénible ; l'examen de la gorge fait constater de la rougeur du pharynx et un peu d'angine catarrhale du côté droit ; les yeux sont larmoyants. L'enfant tousse, et à l'auscultation, nous notons des râles de congestion aux deux bases, mais sans fièvre, température et pouls n'offrant rien de particulier, pas de frissons antérieurs, pas de douleurs, pas de gêne respiratoire, toux insignifiante. Au bout de 3 à 4 jours, tous ces symptômes se sont amendés, la gorge va bien, la région parotidienne n'est plus engorgée, les conjonctives ne sont plus enflammées ; la congestion des bases seule persiste, mais n'augmente pas ; la toux est plus fréquente, mais elle est plus grasse, les crachats sont épais, et l'expectoration se fait sans fatigue.

Nous revoyons l'enfant quelques jours après ; la guérison était complète.

Observation III

(PERSONNELLE)

Oreillons. — Congestion pulmonaire. — Pneumonie légère

P. A..., âgée de six ans, est atteinte des oreillons le 20 juillet.

L'affection débute d'une façon assez intense, par de la courbature, des vomissements, de l'adynamie, mais pas d'épistaxis ; le pouls est plein, fréquent, la température n'est pas très élevée : T. 37°9. La région parotidienne gauche est très engorgée, la douleur est vive, la fluxion s'étend aux glandes sous-maxillaires et sub-linguales ; le côté droit est très légèrement atteint.

Cependant la fièvre ourlienne suit son cours, les symptômes commencent à diminuer d'intensité, et l'enfant se trouvait déjà bien mieux, lorsque, le 29, neuf jours après l'invasion, la température s'élève : T. 39°2, et une légère dyspnée apparaît. L'enfant tousse, est en proie à un malaise général, mais elle n'a eu ni frisson ni point de côté.

L'auscultation, très régulièrement faite et négative jusqu'à ce jour, fait découvrir un foyer de râles crépitants fins, à la partie postérieure du pòumon gauche, au niveau de l'aisselle ; l'oppression augmente, et l'expectoration est légèrement sanguinolente.

Le surlendemain, 31, un souffle assez rude a remplacé les râles crépitants fins ; l'état général reste relativement bon : T. 39°2. Pouls 110.

Le 1^{er} août, congestion peu accusée des deux bases, râles disséminés ; la toux et la dyspnée n'augmentent pas.

Pendant quelques jours, cet état reste à peu près le même,

avec de très petites oscillations de la température et du pouls, mais l'adynamie est moins prononcée.

Enfin, le 5 août, la défervescence se produit, la température descend à 37°5, le pouls à 90, la dyspnée n'est presque plus marquée, et l'enfant guérit rapidement. Depuis plusieurs jours déjà, l'engorgement fluxionnaire des parotides et des autres glandes avait disparu, et la malade ne ressentait plus aucune douleur.

Observation IV

In thèse de Gailhard

Oreillons doubles. — Orchite gauche. — Accidents pulmonaires

20 janvier 1876. — Calmette (Jean), 23 ans, 3^me régiment d'Infanterie de marine, malade depuis dix jours. Fièvre au début, oreillons doubles, existant encore ; il y a trois jours, orchite volumineuse du côté gauche, état saburral, diarrhée.

Le 21, céphalalgie, avec hyperesthésie du cuir chevelu.

Le 23, la parotidite persiste à droite, mais disparaît, ainsi que la tuméfaction testiculaire, le 24.

Le 25 au soir, frisson, fièvre, céphalalgie, état saburral.

Le 26, bronchite, fièvre, T. 39°4.

Le 27, insomnie, crachats teintés en jaune, amygdalite.

Le 29, quelques crachats rouillés. T. 37° et entrée en convalescence.

Observations V et VI

(RÉSUMÉES)

MM. Jules Comby et Merklen (*in Société méd. des Hôp. de Paris*)

Séance du 19 mai 1893

Oreillons. — Congestion pulmonaire. — Hémoptysie

D... Et... 29 ans, entre le 11 avril 1893 à l'hôpital Tenon, salle Trousseau, n° 1.

Le 8 avril, cet homme avait été pris de tremblement, frissons, et il a remarqué que son testicule droit était enflé, rouge, douloureux ; le lendemain, les régions parotidiennes sont gonflées et douloureuses. Un médecin est appelé et conseille le transfert à l'hôpital. A ce moment, l'état semblait très grave, le malade avait une dyspnée très forte, il toussait et finalement, il rendit au milieu des efforts de toux une grande quantité de sang, un verre environ. Cette hémoptysie ne se repouvola pas, et l'oppression diminua.

L'examen des poumons, fait avec le plus grand soin, a été absolument négatif ; les sommets sont indemnes, et la poitrine ne présente aucun râle, aucun bruit anormal, aucune modification de la respiration. Il semble bien que l'hémoptysie a été l'effet d'une congestion pulmonaire soudaine et fugace, ayant coïncidé avec le délire, l'hyperthermie et la localisation testiculaire.

L'auteur ajoute les réflexions suivantes, que nous reproduisons textuellement, et qui viennent bien à l'appui de la thèse que nous soutenons :

« Notre malade, qui n'est pas tuberculeux, qui n'a jamais toussé, qui ne présente aucun signe de bacilliose pulmonaire, a eu à la période d'acmé de sa maladie, au moment où il était en proie à la fièvre, au délire, à l'oppression, une hémoptysie considérable. Je ne puis m'empêcher de voir dans cette complication très rare, qu'aucun auteur, à ma connaissance, n'a signalée, une manifestation ourlienne. Désormais, la congestion pulmonaire, avec ou sans hémoptysie, doit figurer parmi les localisations, les complications déjà si nombreuses, de l'infection ourlienne ».

Dans la même séance, M. Merklen dit avoir observé aussi

un cas d'hémorragie pulmonaire survenue dans le cours des oreillons.

Le malade, âgé de 35 ans, était pris d'oreillons graves avec orchite unilatérale. Alors que cette complication paraissait à son déclin, il se plaignit subitement d'une douleur atroce dans le côté gauche de la poitrine, douleur accompagnée de dyspnée, d'orthopnée et sueurs froides ; la fièvre était insignifiante ; l'exploration de la poitrine ne révélait rien. On s'était arrêté au diagnostic de névralgie diaphragmatique, lorsque le lendemain, le malade rendit des crachats noirs sanguinolents, absolument caractéristiques de l'apoplexie pulmonaire, et l'examen de la poitrine confirmait ce diagnostic. Il existait en effet, à la base du poumon gauche, une petite zone de matité avec souffle tubaire. A partir de ce moment, le malade était soulagé, et cette complication pulmonaire exceptionnelle suivit son cours régulier pour se terminer favorablement en une dizaine de jours.

DEUXIÈME GROUPE

OREILLONS ET BRONCHITE

Observation VII

(PERSONNELLE)

Oreillons. — Bronchite

Le jeune R... E..., âgé de 7 ans, est atteint des oreillons le 10 août. La maladie débute d'une façon assez intense, par des vomissements qui se renouvellent plusieurs fois par jour, de l'insomnie, de l'agitation, de la céphalalgie et un peu d'épistaxis. La fluxion parotidienne se montre des deux côtés ; le côté droit est plus engorgé que le côté gauche et aussi plus douloureux. Les genoux, les pieds sont le siège de douleurs articulaires qui cèdent cependant rapidement ; l'enfant est d'une constitution frêle et délicate.

Le 16, les phénomènes inflammatoires locaux diminuent ; mais à l'examen de la poitrine, on constate un commencement de bronchite double en arrière ; l'enfant tousse fréquemment, mais la fièvre est presque nulle et l'état général reste bon.

Le 19, les râles sibilants sont remplacés par des râles muqueux à grosses bulles, la toux augmente, mais sans fatigue, et l'expectoration se fait facilement ; l'état général va s'améliorant, et le petit malade est entièrement rétabli au bout d'une dizaine de jours.

Observation VIII

In thèse de Greffé

Oreillons. — Bronchite

Bideau, Jean, 2^{me} sapeur, 31^e de ligne, entré le 3 février 1887, à l'hôpital St-Martin, Paris.

Oreillon droit le 2 février, oreillon gauche le 3. Le 4, bron-

chite marquée, atrophie du testicule gauche de cause ignorée, remontant à l'enfance ; le 7, orchite droite.

Observation IX

In thèse de Guasco

Oreillons doubles. — Bronchite légère

Assier, 21 ans, 83^e de ligne, entré à l'hôpital le 27 février. Le 19, il commença à éprouver une sensation de gêne au niveau du larynx ; cette gêne devint bientôt une véritable douleur, augmentant pendant la phonation et s'accompagnant de raucité de la voix et de toux, avec expectoration visqueuse et verdâtre. L'état général demeura bon. La déglutition n'a été que peu gênée.

A l'examen, on constate une certaine tuméfaction de l'amygdale droite, la voix est encore enrouée, mais la phonation n'est plus douloureuse. Depuis hier, la région parotidienne gauche présente un certain degré de tuméfaction ; la droite est légèrement empâtée.

Le 1^{er} mars, le malade se plaint de céphalalgie ; il a mal dormi, il éprouve une légère douleur dans le thorax, à droite, au niveau des dernières fausses côtes. Rien à l'auscultation.

Le 2, le malade tousse beaucoup, rien à l'auscultation.

Le 3, la céphalalgie augmente d'une façon considérable, la nuit a été mauvaise. Toux fréquente, crachats de bronchite. Rien à l'auscultation, la tuméfaction des parotides a tout à fait disparu.

Le 4, le malade va beaucoup mieux, la toux a diminué, légère épistaxis, T. 37°2. Le malade sort complètement rétabli quelques jours après.

Observation X

In thèse de Guasco

Oreillon double. — Accidents pulmonaires

(Résumée)

Teycheney, 21 ans, soldat au 83^e de ligne, entre à l'hôpital le 8 mars, pour un oreillon droit datant déjà de 3 jours. Le 9, oreillon gauche, céphalalgie, douleur testiculaire. Le 11, ces symptômes augmentent, la température s'élève à 40°3. Le 13, plus de céphalalgie, la température descend. Le 14, épistaxis; le malade va mieux. Le 17, le malade se plaint d'un point de côté bilatéral; il souffre encore de la tête et tousse un peu.

A l'auscultation on entend quelques râles sibilants dans le tiers supérieur du poumon droit; la température, qui était revenue à la normale, remonte à 37°8.

Le 19, le malade va mieux et il sort le 27, tout à fait guéri.

Observation XI

In thèse de Guasco

Oreillon double. — Bronchite légère.

Adéna, âgé de 23 ans, soldat au 83^e de ligne, a été pris il y a 4 jours, dans la soirée, de douleurs dans la région parotidienne; tuméfaction le lendemain.

Aujourd'hui 24 mars, il entre à l'hôpital, tuméfaction double considérable, pas de troubles fonctionnels, pas de fièvre, selles régulières.

Le 26, le malade tousse un peu. On trouve à l'auscultation les signes d'une bronchite légère.

Le 28, la toux persiste; T. 39°, rien aux testicules.

Le 29, la toux a presque disparu, ainsi que les signes de la bronchite.

Le 3 avril, le malade se plaint de douleurs vives à la gorge; les amygdales sont très tuméfiées; le surlendemain matin, le malade va beaucoup mieux.

Le 13, il sort guéri.

Observation XII

In thèse de Viéla

Oreillons. — Bronchite. — Otite légère.

Baduffe, 74^e de ligne, entre le 5 février à l'hôpital du Gros-Caillou, au deuxième jour de sa maladie. La région parotidienne droite est la première atteinte; peu de chose à gauche; un peu de douleur dans l'oreille. Rien dans la gorge, quelques râles de bronchite dans la poitrine. Les jours suivants, bourdonnement dans l'oreille gauche, diminution notable de l'audition.

Observation XIII

In thèse de Viéla

Oreillons. — Bronchite. — Uréthrite.

Roger (Louis), 74^e de ligne, entre le 22 février à l'hôpital du Gros-Caillou, au deuxième jour de sa maladie.

Le 21 février, oreillon à droite; le 22, le côté gauche est pris; douleurs dans les membres. Écoulement purulent de l'urèthre, qui aurait débuté en même temps que l'oreillon. Légère douleur dans le testicule droit. Un ganglion inguinal droit est augmenté de volume et douloureux à la pression. On note aussi une bronchite légère.

Observation XIV

M. Catrin, *in Société méd. des Hôp. de Paris*

(Séance du 23 juin 1893)

Oreillons et bronchite.

Boc..., 21 ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 8 mars 1893, pour oreillon gauche.

10 mars. — Oreillon à droite, bourdonnements d'oreille, diminution de l'acuité auditive.

Le 24, tout semble terminé du côté des parotides, et le malade devait bientôt sortir, lorsque, le 30, il se plaint de douleurs dans la poitrine ; il tousse ; l'auscultation nous révèle la présence de nombreux râles sibilants et ronflants dans toute la poitrine.

Cette bronchite s'est accompagnée de sueurs nocturnes, insomnie, courbature, élévation de la température qui = 39° le 30, 38°1 et 37°9 le 31. En même temps, un léger nuage d'albumine est constaté dans les urines.

Cette bronchite aiguë guérit assez rapidement.

TROISIÈME GROUPE

OREILLONS ET PLEURÉSIE

Observation XV

In thèse de Greffé

Pleurésie gauche dans la convalescence d'une orchite double, consécutive elle-même aux oreillons

Poutrière, 24^e ans, entré à l'hôpital St-Eloi le 13 avril pour une orchite à gauche ; n'a jamais eu d'écoulement blennorragique ; mais au mois de février il a été traité à l'hôpital de Cambrai, pour une tuméfaction parotidienne double, guérie au bout de 8 jours, sans complication d'épididymite. L'orchite gauche se complique au bout de quelques jours d'orchite droite. Cette nouvelle localisation ne diminue en rien le gonflement de la glande congénère et disparaît avant la première. Dans les premiers jours de mai, les deux affections testiculaires étaient en voie de résolution ; mais le malade ne recouvrait point l'appétit, lorsque se déclara un point de côté à gauche avec fièvre et oppression.

Le 15 mai, l'épanchement emplissait le côté gauche de la base au sommet ; le 17, commencement de résolution ; le 18 au soir, frisson qui dure un quart d'heure ; le 20, submatité au sommet, matité sur presque toute la hauteur ; le 22, la sonorité est revenue dans les deux tiers supérieurs. La résolution continue jusqu'au 25. Le 27, on constate une recrudescence de l'épanchement. Le 29, à midi, frisson violent, néanmoins les jours suivants, diminution graduelle de l'épanchement.

Le 4 juin, frottement pleural jusque dans les parties inférieures du côté. Le 27 juin, submatité dans les deux tiers inférieurs, craquements pleuraux. Le 29 juin, sortie en convalescence.

Observation XVI

In thèse de Greffié

Pleurésie dans la convalescence des oreillons

Pillon (Jean), 21 ans, 31^m° de ligne, entré le 2 février à l'hôpital St-Martin, salle 8, n° 24. Le 30 janvier il a été pris d'oreillon gauche ; le 1^{er} février, d'oreillon droit. Les oreillons évoluent normalement en 8 jours ; il ne reste plus de trace locale de la maladie, mais le malade se sent faible et fatigué. Le 20 février, il se déclare une pleurésie à gauche, sur laquelle nous n'avons pas de renseignements autres que la courbe thermique, qui ne présente rien d'extraordinaire. La température ne revient à la normale que le 28 mars suivant ; la pleurésie a duré un mois.

QUATRIÈME GROUPE

OREILLONS

PNEUMONIE ET BRONCHO-PNEUMONIE

Observation XVII

PERSONNELLE

Oreillons. — Broncho - pneumonie

M. J... âgée de 10 ans, contracte les oreillons le 15 juillet. Bien que la tuméfaction soit déjà accusée du côté de la parotide gauche, cette malade, à ce moment, ne présente pas de symptômes bien appréciables.

Le 20, l'engorgement diminue, toute gêne disparaît du côté malade ; mais le 22 le côté droit se prend à son tour, et l'état général s'aggrave. On constate de la céphalalgie, des vomissements, de l'insomnie, de la courbature, de l'agitation et un peu d'épistaxis ; le ventre est légèrement ballonné et douloureux, c'est enfin un état typhoïde prononcé.

Le 24, tous ces symptômes s'amendent ; mais la malade se plaint d'une douleur assez vive à la région thoracique droite antérieure.

Le 25, cette douleur n'est plus aussi vive, et à l'auscultation on perçoit à la fin de l'inspiration, une bouffée de râles crépitants fins à la partie moyenne du poumon droit, et en arrière ; la dyspnée est assez prononcée, mais la toux n'est pas très intense. T. 39°2. Pouls 110 ; on entend en même temps des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine.

Le lendemain 26, les râles crépitants fins ont disparu, mais on constate à la place l'existence d'un souffle peu rude, et de la submatité ; les râles de bronchite sont de plus en plus fins et nombreux. T. 38°9 ; P. 100.

Le 27 et le 28, l'état reste à peu près stationnaire, la région parotidienne n'est plus engorgée. T. 39°.

Le 29, l'état s'aggrave rapidement, la température s'élève : T. 40°3 ; le pouls est très fréquent : P. 130 ; la dyspnée devient

de plus en plus intense, la toux est constante, les extrémités se refroidissent et la malade meurt le 30 au matin.

Observation XVIII

(Boinet, in *Lyon médical*, février 1885)

Broncho-pneumonie mortelle survenue dans le cours d'oreillons

Lardouillet, 127^e régiment d'Infanterie, d'une bonne santé habituelle, entre à l'infirmerie le 19 avril pour un oreillon droit qui avait débuté la veille ; trois jours après, survient un oreillon du côté gauche. Le gonflement des deux régions parotidiennes est assez considérable, la pression est douloureuse, l'état général est excellent ; le malade n'a qu'une fièvre fort légère, il mange avec appétit.

Le 27, une fièvre intense se déclare, le malade a des frissons, il se plaint d'un point de côté à droite et d'une dyspnée assez forte.

Le 28, la langue est sèche, la fièvre intense, le point de côté diminue, mais la dyspnée augmente. La respiration est brève, superficielle, haletante. Le pouls est plein, à 120. La percussion ne donne qu'une faible diminution de la sonorité ; à l'auscultation on perçoit, surtout aux deux bases, des râles sibilants fins. Il existe aussi de l'obscurité du murmure vésiculaire. Les crachats visqueux, gluants, ont une couleur brique pilée.

Le 29, la matité des deux bases est assez marquée ; on entend à ce niveau des bouffées de râles sous-crépitaux fins, en grand nombre. La voix est soufflante, l'augmentation des vibrations thoraciques est à peine perceptible. La dyspnée est considérable, le pouls à 125, la fièvre intense, la langue sale, blanchâtre, l'état général mauvais.

Le malade est envoyé à l'hôpital, où il meurt le 5 mai.

Observation XIX

Delmas, in *Archives de méd. militaire*. — Novembre 1883.

(Oreillons et Pneumonie)

(RÉSUMÉE)

L..., jeune soldat. Oreillons le 16 février. Le 17, orchite. Du 20 au 23, décroissance de la maladie. Le 26, récidence d'oreillons, fièvre, le malade est affaibli, peau chaude, pouls fréquent, irrégulier, langue saburrale.

Le 24, point de côté intense ; à la percussion, légère matité à la base du poumon droit ; diminution du bruit respiratoire dans cette partie ; pas de râles, crachats muco-purulents, couleur brique pilée.

Le 25, température 39°9, la matité a augmenté d'étendue, pas de râles, bronchophonie. Pendant 8 jours, abattement, anorexie, amaigrissement.

Le dixième jour, état meilleur, toute trace d'inflammation ourleuse a disparu ; à l'auscultation, tous les signes d'une broncho-pneumonie.

Rien jusqu'au vingtième jour. Le 21^e jour, le délire fait son apparition, loquacité extrême, cris perçants. Le 23^e jour, disparition du délire, et l'état général s'améliore progressivement.

Observation XX

In thèse de Greffé

Oreillons de nature maligne. — Parotide, orchite, *pneumonie*, accompagnées de névralgies cruelles, sans réactions fébriles. — Accidents cholériformes. — Algidité et mort.

(RÉSUMÉE)

Boyer Jean, 28 ans, entré le 27 février 1871, salle Saint-Gabriel, n° 32, malade depuis 7 jours, épididymite à droite

précédée d'un gonflement de la région parotidienne gauche. Le 10 mars, point de côté violent à gauche et névralgies, dyspnée ; examen stéthoscopique négatif, température normale ; le 11, les névralgies sont encore assez vives. A la base du côté gauche, en arrière, apparaît un bruit de souffle avec crépitations fines ; peu de toux, mais crachats orangés caractéristiques. Peu de fièvre.

Le 12, le malade est encore sans fièvre ; la pneumonie a fait quelques progrès, et occupe le tiers inférieur du côté gauche, en arrière, où elle se caractérise par du souffle tubaire.

Le 13 au matin, mêmes signes stéthoscopiques, quelques râles de retour, le tout à la base. Le soir, douleur vive à l'épigastre, ventre rétracté, sensible à la pression, vomissements. Le 15, point douloureux au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ; matité occupant le tiers inférieur du côté gauche, en arrière ; souffle tubaire, râles sous-crépitants à la base, crachats visqueux et aérés, teintés de jaune ; le soir, et le 16, recrudescence de la douleur épigastrique, traits altérés, faciès hippocratique. Cyanose et refroidissement des extrémités. Pouls insensible, algidité et mort.

Observation XXI

In thèse de Gailhard

Résumé d'une observation consignant sur le même sujet, les oreillons, une pneumonie droite, une rougeole.

11 décembre 1875, Chéron Et., 21 ans, 3^e régiment Infanterie de marine, fièvre tierce et bronchite depuis plus de 15 jours ; faciès rouge, yeux animés, parotidite double : le gonflement parotidien a commencé à droite, il y a cinq jours. *Pneumonie* du côté droit ; point de côté, râles, respiration soufflante, matité au tiers inférieur ; peu de viscosité des cra-

chats, expectoration non rouillée, contenant quelques stries sanguines (pseudo-pneumonie ?), embarras gastrique, diarrhée.

Le 12, la parotidite ne se modifie pas ; épistaxis, dyspnée. Le 13, le 14, oreillons en voie de décroissance ; à midi, crise asphyxique, cyanose, sueurs profuses, subdélirium ; à 3 heures du soir, éruption rubéolique à la face, à la partie supérieure du thorax, épaule droite, subdélirium.

Le 15, l'éruption se généralise ; énanthème buccal. T. 40°, P. 152, R. 50. Mort à 10 heures du matin.

Autopsie. — Hépatisation du poumon droit, épanchement considérable correspondant, plèvre granuleuse recouverte de néo-membranes, adhérences ; le poumon gauche est le siège d'une vive congestion ; il offre l'aspect splénique. Plèvre gauche saine, méninges cérébrales et sinus très congestionnés, piqueté marqué de la substance encéphalique à la coupe ; pas d'épanchement ventriculaire.

Observation XXII

In thèse de Puech

Oreillons. — Pneumonie

Lar... 23 ans, 122° de ligne. Entré à l'hôpital le 27 février ; deux jours après une parotidite ourlienne double. Les parotides sont très tuméfiées, mais peu douloureuses. Apyrexie complète ; T. 36°5.

Le 3 mars, le malade se plaint d'un point de côté sous la mamelle droite, avec dyspnée ; pas de frisson bien intense ; il tousse un peu, pas de matité, légère exagération des vibrations au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate droite ; souffle bronchique dans la fosse sous-épineuse du même côté. T. 39°3 ; le soir, T. 40°1, P. 102, R. 40.

Matité au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite,

exagération des vibrations thoraciques au même point ; souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse, et particulièrement entre la colonne vertébrale et l'angle inférieur de l'omoplate droite.

Le 4, T. 40°2, P. 116, R. 44. Dyspnée intense, toux pénible suivie d'expectoration rosée ; crépitants au tiers moyen et postérieur du poumon droit ; le soir, pouls plein, dur, fréquent.

Le 5, sous-crépitanants au tiers inférieur du poumon droit, en arrière ; T. 37°9, P. 100, R. 33. La chute de la température contrastant avec la fréquence du pouls et de la respiration, pouvait faire croire à l'existence d'un élément palustre, d'autant que le souffle était moins rude que la veille. Le soir, la température s'élevait un peu (38°8).

Le 6, T. 38°9, P. 108, R. 36. Frottements pleuraux à la base et en arrière, du côté droit ; souffle et bronchophonie au tiers moyen ; matité jusque dans la fosse sous-épineuse. Le soir, T. 40°, dyspnée intense, pommettes fortement colorées. Douleurs à la base droite de la poitrine, sur le côté ; crachats rouillés ; bronchophonie, frottements pleuraux à la base, en avant.

Le 7, T. 39°6, crachats rouillés, matité au tiers inférieur et moyen du côté droit, souffle doux et bronchophonie au tiers moyen, en arrière et à droite ; frottements pleuraux du même côté en avant, sous-crépitanants dans les deux tiers inférieurs en arrière ; frottements pleuraux et obscurité du murmure dans la ligne axillaire Rien à gauche. Le soir, mêmes signes à droite ; quelques frottements pleuraux à la base gauche ; T. 40°, P. 116.

Le 8, T. est brusquement tombée à 36°7, P. 76, R. 28 ; crachats marmelade d'abricots ; râles crépitants de retour ; physionomie normale, langue un peu saburrale. Le soir, T. 39°3, P. 92, R. 33, crépitants de retour dans toute la

moitié inférieure droite du poumon en arrière ; frottements pleuraux dans la ligne axillaire.

Le 9, T. 36°8, P. 72, R. 28, mêmes signes stéthoscopiques.

Le 10, T. 37°3, P. 68, crachats muqueux ; respiration paisible, décubitus dorsal, sous-crépitaux et frottements pleuraux aux deux bases.

Le 11, T. 36°8, P. 68. Résolution complète de la pneumonie. Il reste seulement quelques frottements pleuraux aux deux bases, en arrière.

Observation XXIII

(RÉSUMÉ)

M. Jourdan, médecin-major de 2^e classe. — In *Mémoires de médecine militaire*, 1878

(Oreillons. — Pneumonie. — Bronchite)

Un de nos malades, le nommé Livolant, est atteint d'oreillon double volumineux ; aucune complication ne semble à craindre. Cependant, huit jours après la disparition du gonflement parotidien, survient une pneumonie grave du sommet, à forme ataxo-adyynamique. Une terminaison fatale est imminente, puis le malade entre en convalescence, mais son état général reste mauvais ; il tousse, il est essoufflé, et nous craignons le développement d'une affection spécifique.

Cette pneumonie arrivant après les oreillons, sans que nous ayons pu l'attribuer au refroidissement, est-elle absolument indépendante ? Ne pourrait-on pas y voir une complication tardive de la maladie, tout comme les pneumonies à marche irrégulière, qui se montrent aussi dans le cours de la rougeole ? Nous sommes d'autant plus disposé à le croire, qu'un autre de nos malades, le nommé Martin, atteint d'oreillon simple compliqué d'orchite, a été pris (pendant la durée de l'orchite d'une bronchite aiguë grave, avec hémoptysie.

Cette bronchite a suivi une marche irrégulière, et deux mois après, au moment du départ du malade en congé de convalescence, nous constatons les signes d'une affection du sommet. Ce malade avait eu, il y a un an, une bronchite avec expectoration sanguinolente, mais il se portait bien depuis, et avait toujours fait son service.

Observation XXIV

M. Delmas, in *Arch. de méd. militaire*, 1883

Oreillons. — Pneumonie

(RESUMÉE)

L..., jeune soldat, oreillons le 16 février; le 17, orchite; du 20 au 23, décroissance de la maladie. Le 23, récurrence d'oreillons, fièvre, le malade est affaibli, il a la peau chaude, le pouls fréquent, irrégulier, la langue est saburrale.

Le 25, point de côté intense; à la percussion, légère matité à la base du poumon droit, diminution du bruit respiratoire dans cette partie; pas de râles, crachats muco-purulents couleur brique pilée.

Le 25, T. 39°9, la matité a augmenté d'étendue, pas de râles, bronchophonie.

Pendant 8 jours, abattement, anorexie, amaigrissement; le dixième jour, l'état est meilleur, toute trace d'inflammation ourleuse a disparu.

Le quinzième jour, le malade retombe dans une anorexie complète; à l'auscultation, tous les signes d'une broncho-pneumonie.

Rien jusqu'au 20^e jour; le 21^e jour, le délire fait son apparition, loquacité extrême, cris perçants. Le 23^e jour, disparition du délire, et l'état général s'améliore progressivement.

RÉFLEXIONS. — DISCUSSION

La série à peu près complète de toutes les affections de l'appareil respiratoire se retrouve dans nos observations personnelles, et dans celles que nous avons pu recueillir dans les thèses et les différents travaux sur les oreillons parus jusqu'à ce jour.

Si nous allons du simple au composé, nous pouvons citer tout d'abord avec Bougard de Bruxelles, 1866 ; Jacob, 1875 ; Pinet, thèse de Paris 1878 ; Pilatte, *Marseille médical*, juin 1890, des troubles du côté de la trachée et du larynx ; ensuite nous rencontrons dans nos observations de la congestion pulmonaire fugace, légère, passagère, évoluant sournoisement, sans fièvre, avec état général parfait d'abord, avec fièvre et hémoptysie ensuite, mais disparaissant sans laisser de traces.

Puis, les signes se montrent de plus en plus nets, de plus en plus fixes : c'est la congestion plus accusée, c'est de la bronchite. La fièvre apparaît, l'état général est moins bon, mais cependant tous ces symptômes durent peu et le malade guérit assez rapidement.

Enfin, la scène change, l'état infectieux se présente avec tout son cortège, fièvre intense, température élevée, abattement, stupeur, adynamie, c'est la pneumonie, c'est la broncho-pneumonie, qui peuvent être rapidement mortelles.

Aujourd'hui que tous les auteurs sont d'accord pour ranger la fièvre ourlienne parmi les fièvres éruptives ; aujourd'hui que la bactériologie nous fait pressentir la découverte d'un agent pathogène propre aux oreillons, comment doit-on considérer ces manifestations multiples ? Quelle cause faut-il leur assi-

gner ? Faut-il les regarder comme de simples coïncidences, comme des affections secondaires ? Faut-il penser, au contraire, que ce sont de véritables complications, qui se rattachent d'une façon nette, absolue, aux oreillons, complications tout à fait semblables à celles qui se montrent dans les fièvres éruptives ?

Quelles seraient alors les raisons étiologiques et pathogéniques de ces troubles et de leur évolution ? Devons-nous incriminer le tempérament des malades, le terrain, ou bien le microbe, c'est-à-dire la cause ? Certainement l'un et l'autre peuvent entrer en ligne de compte ; mais il ne nous est pas encore possible d'être affirmatif.

Examinons ce qui se passe pour les maladies infectieuses. Ces affections se présentent tantôt sous une forme légère, tantôt sous une forme grave, avec complications. Cette différence de gravité dépend évidemment de trois principales causes :

- 1° De la prédisposition individuelle ;
- 2° De la quantité et de la virulence des agents pathogènes ;
- 3° Des bactéries associées à l'agent spécial, qui augmentent sa virulence, ou débilitent l'organisme par leurs produits, ou même agissent pour leur propre compte.

Il semble que certaines espèces de microbes facilitent, en particulier, dans l'organisme animal, le développement d'autres, ou au moins, exaltent leurs effets. Il se forme ainsi, entre de telles espèces, une véritable association microbienne.

Ainsi, on observe souvent dans le cours des maladies infectieuses (rougeole, diphthérie, influenza, etc.) des infections secondaires, dues la plupart du temps à l'une ou l'autre des espèces pyogènes ordinaires (streptocoque, staphylocoque).

Tout récemment, à la Société médicale des Hôpitaux, dans la séance du 13 juillet 1894, M. le D^r Roger a fait une intéressante communication sur l'infection pneumonique dans l'érysipèle. Cet auteur dit que, au cours de cette affection, on

observe très souvent des pneumonies, des péritonites et des méningites qui ne sont pas dues au streptocoque, mais bien à une infection surajoutée produite par le pneumocoque.

Un nouveau travail de MM. A. Chaillou et Louis Martin, paru dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894, n° 7, sur la diphtérie, traite des angines diphtéritiques pures et des angines diphtéritiques avec associations, ces dernières étant bien plus graves que les premières.

Il y a tout lieu de supposer qu'il en est de même pour toutes les fièvres éruptives et infectieuses et par conséquent pour les oreillons. Il est fort probable que les microbes pyogènes, associés à l'agent spécial de cette affection, jouent un rôle prépondérant dans les complications ordinaires de la maladie et dans les complications pulmonaires en particulier. Cet agent spécial lui-même ne se localise pas toujours dans les glandes, qui sont le siège habituel de la maladie, mais peut pénétrer dans la circulation générale et provoquer des inflammations métastatiques pouvant affecter les grandes séreuses et surtout l'appareil respiratoire.

En résumé, le microbe de MM. Laveran et Catrin agit-il seul ou associé à d'autres microbes ?

La chose est admissible et de pareilles hypothèses sont vraisemblables; mais l'expérimentation n'est pas encore venue les confirmer.

Nous terminons là cette digression, car, au point de vue bactériologique, ces questions sont encore en suspens.

Quoi qu'il en soit, les observations que nous avons rapportées, les faits que nous avons recueillis, quoique déjà nombreux, ne le sont cependant pas encore assez pour qu'on puisse en tirer des conclusions très rigoureuses; mais il est certain qu'on arriverait à constater plus souvent des troubles du côté de l'appareil respiratoire dans les oreillons si l'on auscultait les malades attentivement pendant toute la durée de

la maladie et même de la convalescence. Moins rares qu'on ne le croit, ces troubles restent souvent à l'état latent, et on omet de les noter. Or, si quelques-uns sont superficiels, éphémères, sans importance, d'autres, au contraire, nous l'avons vu, peuvent présenter une gravité exceptionnelle.

Dès lors, ces complications, mieux recherchées, seraient mieux connues, et la fièvre ourlienne prendrait dans l'étiologie et la pathogénie des affections de l'appareil respiratoire une place importante qu'elle n'a pas encore, mais qu'elle mérite bien certainement.

CONCLUSIONS

De ce qui précède, nous concluons :

1° Que dans les oreillons, il peut survenir assez souvent, des complications du côté de l'appareil respiratoire ;

2° Que dans les observations personnelles que nous avons rapportées, ces complications étaient bien d'origine ourlienne, toute autre influence pathologique, recherchée avec soin, n'ayant pu être incriminée ;

3° Ces complications peuvent être dues :

a) Pour l'œdème de la glotte et tous les troubles de la trachée et du larynx, à une cause mécanique (compression), et le plus souvent, à une cause secondaire (albuminurie).

b) Pour les affections des bronches, des plèvres ou du poumon, à la pénétration dans la circulation générale d'un agent pathogène spécial encore à déterminer, parfois aussi à des associations microbiennes ;

4° Les symptômes n'ont rien de spécial ; ils sont identiques à ceux des troubles respiratoires que l'on rencontre dans les fièvres éruptives et infectieuses. Quelquefois bruyants et ne pouvant être méconnus, ils peuvent au contraire rester latents, évoluer en silence, et doivent être recherchés avec soin. Le traitement ne présente non plus rien de particulier ; mais il serait prudent cependant de faire faire aux malades et aux convalescents des lavages antiseptiques fréquents de la cavité buccale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier le 10 novembre 1894.

Le Recteur :
J. GÉRARD.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier le 10 novembre 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARTHEZ et SANNÉ. — Maladies des enfants, 1891.
BOINET. — Lyon Médical, 1885.
BORDAS. — Soc. de biologie, 1889.
BOUCHUT. — Gaz. des Hôpitaux, 1853.
CARPENTIER. — Thèse de Paris, 1869.
CAPITAN et CHARRIN. — Soc. de biologie de Paris, 1881 et 1883.
CERENVILLE. — Rev. méd. de la Suisse Romande, 1887.
COMBY. — Oreillons (Bibl. méd. Charcot-Debove, 1893).
COLIN (LÉON). — Soc. méd. des Hôp. Paris, 1876.
DECHAMBRE. — Dict. usuel des Sc. méd., art. Oreillons.
DELMAS. — Arch. de méd. milit. 1883.
D'ESPINE et PICOT. — Traité des maladies des enfants.
GAILHARD. — Thèse de Montpellier, 1877.
GREFFIÉ. — Thèse de Montpellier, 1891.
GUASCO. — Thèse de Paris, 1883.
JACCOUD. — Leçons cliniques. 1884-1885.
JOURDAN. — Arch. de méd. milit. 1878.
LAVERAN et CATRIN. — Soc. de Biologie. Paris, 1893.
LEHMANN. — Thèse de Paris, 1890.
LERICHE. — Thèse de Paris, 1892.
PILATTE. — Bulletin médical. Marseille, 1890.
PUECH. — Thèse de Montpellier, 1888.
RILLIET. — Gaz. médicale, 1849-1850.
ROGER. — Effets des assoc. microb. Soc. de biologie, 1889.
VÉDRÈNES. — Arch. de méd. milit. 1881.
VIÉLA. — Thèse de Paris, 1886.
-